

## A CORPOREIDADE E O CUIDAR DO ADULTO ISOLADO DA SOCIALIDADE HOSPITALAR

[*The corporeality and the caring of the isolated adult in the hospital community*]

Ymiracy N. de S. Polak\*

Neide Martins\*\*

Liliana Labronici\*\*\*

**RESUMO:** O presente se constitui um desenvolvimento das práticas de cuidar do adulto internado na Unidade de Isolamento da Ortopedia, norteado pela concepção de cuidar de Polak (1997) com o fito de inserir o humano neste cenário e permitir ao corpo sujeitado tornar-se sujeito. O processo de cuidar se deu conforme os passos indicados por Polak (1996) que são: a percepção, a descoberta, a construção conjunta das ações de cuidar e implementações delas. Reitera a importância desta abordagem tanto para o corpo cuidado quanto para o cuidador e propicia uma reflexão sobre o agir mecânico e dicotomizado do fazer na Enfermagem, sinalizando para a necessidade de mudanças prementes nas práticas de ensinar e de cuidar.

**PALAVRAS CHAVE:** Corpo; Adulto; Isolamento; Cuidado.

### O INICIAR DA CAMINHADA

A morte e a doença mudaram de endereço, transferiram-se para a cidade de pedra, o templo sagrado do cuidar e do curar, o Hospital, onde se vivem rituais que minimizam a exclusão, mitigam os desconfortos decorrentes da diluição ou perda da identidade do corpo cuidado e cuidador.

O templo sagrado, a cidade de pedra foi construída inicialmente para albergar mendigos e indesejáveis, para proteger as cidades dos miasmas decorrentes das doenças, para purificar o espírito tanto do corpo cuidado quanto do cuidador. O hospital no século XVIII deixa de ser lugar de salvação das almas e passa a ser o lugar destinado à cura e ao cuidado; neste contexto o corpo enfermo e o corpo cuidador continuam sujeitados a disciplina, normatizados pelo poder oriundo do saber médico que permeia todas as práticas aí desenvolvidas (Polak, 1997).

Ao adentrar neste templo o corpo é conduzido e alojado, internado em alas, recebe números, códigos, uniformes e passa a conviver numa sociedade estranha, desconhecida que o amedronta e o faz sofrer. Quando portador de infecção é excluído dos demais, passando a ser confinado, tratado à distância pelo corpo cuidador, que se protege atrás da frieza das indumentárias, dificultando ao corpo enfermo percebê-lo como pessoa.

Considerando a abrangência do tema, hospitalização, escolhemos o isolamento da Unidade de Ortopedia e Traumatologia para desenvolver uma prática de cuidado mais humana, com o fito de possibilitar ao corpo sofredor, objeto das ações de cuidado, transformar-se em sujeito, parceiro no processo de cuidar. Para tanto foi escolhida a concepção de cuidar de Polak (1997) com a perspectiva de possibilitar mudanças nas práticas de enfermagem e de sensibilizar a equipe para as questões que contemplem o humano nas unidades de isolamento, visando a um ambiente menos impessoal e frio. Segundo Polak (1997, p.126) cuidar é:

*“resultante do processo de construção do conhecimento, como momento dinâmico, espaciotemporal, movimento bilateral, é o sair de si, o retirar o outro do seu em si. Cuidar se dá em situação de encontro. É o projetar-se em direção ao outro e ao mundo, com respeito e competência, com sensibilidade e solidariedade.”*

Considerando o almejado, o presente tem este propósito: desenvolver as práticas de cuidar conforme os momentos preconizados por Polak, que são: percepção, descoberta, construção conjunta das ações de cuidado (fruto da construção do novo conhecimento) e implementação delas.

### BUSCANDO SUPORTE PARA A CAMINHADA

A busca foi gratificante, uma vez que a sua finalidade foi desafiante e como tal instigante, mobilizadora do nosso potencial e do nosso mundo de desejos, em vista de compartilhar do fenômeno “estar” hospitalizado em Unidade de Isolamento Ortopédico, o corpo enfermo vivencia a distância dos demais doentes e do corpo cuidador, que se protege mediante o uso de aventais, de máscaras e luvas, das secreções e, circunstancialmente, da contaminação que tornam o corpo cuidado um corpo impuro.

O sagrado e o impuro, de acordo com a cultura, diz respeito às coisas como são e se apresentam, ou seja, a forma de ser no mundo: o sagrado corresponde ao objeto de interdição e o impuro, no caso o profano, é tudo aquilo a que estas interdições se aplicam.

O ser sagrado é o ser proibido, que não pode ser violado, do qual não ousamos nos aproximar, pois ele não pode ser tocado está permanentemente protegido do contato pelas interdições que o isolam e o protegem do profano. Qualquer contato indevido tem por efeito a sua profanação, ou seja, o desaparecimento dos atributos que o constituem. O tabu isola tudo o que é sagrado, inquietante, proibido ou impuro; estabelece reserva, proibições, restrições; opõe-se ao ordinário, ao comum, ao acessível a todos (Rodrigues, 1975).

Além das idéias de separação, de pureza e impureza, encontra-se neste cenário um misto de respeito, de repulsa e temor, não voltados apenas para o mundo dos corpos enfermos, mas também ao mundo das normas, dos corpos sadios. Ao mesmo tempo a vida e a morte, o normal e o patológico, o sagrado e o profano, o puro e o impuro estão inscritos no corpo enfermo, corpo poluído e poluígeno, ou seja, coisa que gera nojo, que precisa ser afastada. Neste cenário a normalidade só pode ser restabelecida por meio de procedimentos simbólicos, das liturgias de purificação, que recolocam as coisas em seus devidos lugares (Rodrigues, 1975).

No sagrado templo de pedra, o sujeito poluído/poluído tem um espaço geográfico específico denominado isolamento. Neste, suas secreções corporais são consideradas nojentas, derivadas do estado ambíguo da doença (entre a vida e a morte), são disfarçadas com gases, curativos, ou até mesmo silenciados pela complexa manipulação entre “eu”, ou “nós” (amigos, familiares...) e ou “eles” (estranhos, conhecidos).

Nesse espaço rotulado isolamento observa-se também as distâncias corporais, os limites, a presença ou ausência de calor proveniente do corpo do outro, deixando claro, desta forma, a demarcação entre o espaço pessoal íntimo e o espaço público, tornando difícil para o sujeito

\*Profª. Drª Titular do Depto. de Enfermagem da UFPR. Coordenadora do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto - GEMSA.

\*\*Bolsista de Aperfeiçoamento do GEMSA

\*\*\* Professora do Depto. de Enfermagem da UFPR. Mestranda de Enfermagem UFSC. Membro do GEMSA.



menos atento delimitar a fronteira que os separa. A violação desta fronteira é uma questão ética nem sempre conhecida por aqueles que a violentam, pois são condicionados a ver o corpo do outro e o seu como algo que está submetido constantemente a estímulos, esquecem que este corpo é também ser de desejo, de pulsões e que mediante as relações que mantém com o outro, pelos jogos de identificação, de projeção e transferência, vê seus desejos e sua existência reconhecidos ou não. Nesse contexto o corpo cuidador funda seus conhecimentos sobre uma imagem fragmentada do ser humano, sobre uma concepção de pessoas em pedaços.

O corpo cuidador, ao lidar com a dor e com o sofrimento do outro, divide as suas angústias conforme Pitta (1993), mediante a fragmentação da relação técnico-paciente, o que é evidenciada pela: 1 (fragmentação das tarefas no sentido de reduzir tempos de contato com o doente); 2 (despersonalização e negação da importância do indivíduo - (todos os doentes são absolutamente iguais; as vestes dos doentes são iguais, os uniformes dos técnicos se encarregam de introduzir num signo asséptico, indiferenciado); 3 (a distância e negação de sentimentos que serão envolvidos, refreados pelas identificações perturbadoras evitadas); 4 (eliminação de decisões por meio das rotinas e padronização de condutas).

Para minimizar os efeitos nefastos dos comportamentos indicados por Pitta (1993) compete ao corpo cuidador o desafio de trazer para debate esses aspectos que no momento parecem importantes, e que favoreçam a possibilidade de escuta intermediadora entre um e outro. Existe a permanente necessidade de ajustar os serviços ofertados às necessidades específicas de cada um. Para tanto, não basta ouvir, dispor da integridade auditiva, é necessário o ato psicológico da escuta, a possibilidade verdadeira em estabelecer um campo de trocas que torne efetivo, eqüitativo e, neste sentido, resolutivo o infinito caminho que intermedeia a necessidade da ajuda e a ajuda em si.

Cabe à enfermeira enquanto corpo cuidador, exposto e mobilizado por sentimentos fortes e contraditórios, uma face humanizada nas práticas de cuidar, que não veja corpo apenas como *Körper*, ou seja, como objeto, totalidade físico-orgânica, presença natural, situada no mundo pelo espaço-tempo biológico (Vaz, 1991). Nessa condição, ele é visto como máquina, cujas peças podem ser recuperadas ou repostas, conforme o desgaste apresentado; é objeto de diagnósticos, de prognósticos e terapêuticas médicas, tendo o seu vivido, os seus medos, as suas angústias pouco ou nunca considerados e as ações centradas na doença, desconhecendo as exigências do sujeito (Polak, 1997).

As ações de enfermagem são desenvolvidas conforme a realidade preconizada pela Instituição, embasadas no saber técnico-científico, nas rotinas pré-determinadas, verticalizadas. Para contrapor e minimizar essa forma de cuidar propõe-se neste estudo o cuidar do adulto nas unidades de isolamento segundo a concepção de cuidar e o processo indicado por Polak (1996). A autora define cuidar baseada na compreensão de corporeidade de Merleau-Ponty.

Pensar a corporeidade na Enfermagem é pensar o corpo no aqui e agora, é perceber que o ontem foi, mas continua sendo, enquanto amanhã, embora *in fieri*, já projeta as suas sombras neste aqui e neste agora.

## A CAMINHADA

Para percorrermos o caminhar pretendido

inicialmente, foi solicitada autorização do Hospital para desenvolver a proposta de cuidar preconizada por Polak. Após obtenção deste consentimento, a proposta com seus objetivos foi apresentada às enfermeiras da Unidade de Ortopedia e Traumatologia. Nesse momento, foram apresentados também os responsáveis pela sua implementação. Após os devidos esclarecimentos, nos dirigimos à área destinada ao isolamento, porque este era o foco do nosso interesse.

Ao nos aproximarmos dos clientes, apresentamos a proposta de trabalho e solicitamos o consentimento dos corpos enfermos para serem cuidados segundo o processo indicado pela autora. Nesse momento foi solicitado aos que aceitassem participar da implementação da proposta que respondessem a três questões que abordassem o cuidado que a eles eram dispensados, a saber: Conhece a Enfermeira do Setor? Que espera da Enfermagem? Como se vê na Unidade de Isolamento? Isso foi aceito pelos quatro clientes. Na oportunidade foi-lhes perguntado como gostariam de ser identificados no estudo; e os nomes revelados no estudo para identificá-los foram de sua própria escolha.

*Os parceiros da caminhada* eram adultos e portadores dos seguintes diagnósticos: o sr. João tinha 34 anos; há 6 meses estava hospitalizado; era politraumatizado, portador de fraturas múltiplas; havia submetido-se a várias cirurgias: osteosíntese de fêmur direito e do úmero esquerdo; tinha o membro inferior direito imobilizado com fixador externo e o esquerdo com Ilizarov. O sr. Adão tinha 26 anos, politraumatizado com fratura da epífise da tíbia direita; estava há dois meses imobilizado com fixador externo. O sr. Pedro, 19 anos, hospitalizado há 1 mês com infecção pós-cirúrgica, após exeresse de tumor no úmero direito. O quarto cliente foi sr. Antônio, 55 anos, vítima de acidente; era paraplégico, havia se submetido a artrodese. Era portador de escaras grandes e profundas na região coxo-femural, sacra e calcânea. Foi a óbito no final deste trabalho.

Os parceiros da proposta, com exceção do sr. Pedro, dependiam da equipe para toda e qualquer ação, porque estavam impossibilitados de movimentar-se. Todos estavam hospitalizados há mais de 30 dias no isolamento, o que agravava o seu estado em função *da solidão, da falta de lazer, da distância de casa e da pouca permanência dos cuidadores junto a eles*. Esses agravos foram indicados em suas falas e constantemente relatados pelos quatro clientes durante o processo de cuidar. Tendo ciência da percepção dos clientes e de suas expectativas sentávamos diariamente com cada um, quando apresentamos a proposta de cuidar de Polak (1996); discutíamos cada momento do processo, mostrando o papel deles e o nosso na caminhada, salientando que o sucesso dela estava diretamente relacionado com a qualidade da parceria cliente/enfermeira no delineamento e implementação conjunta das ações de cuidado. Outro aspecto que mereceu destaque foi a preocupação do como envolver a equipe de enfermagem na proposta, tanto da nossa parte quanto da parte do doente.

Além das questões respondidas pelo cliente, foi necessário vivenciar o cuidado por essa ótica e cotejar a condição real com a desejada nesse cenário, por considerar que esse comparativo permitia ver melhor os aspectos trabalhados, ao mesmo tempo que sutilmente procurava-se sensibilizar a equipe para as questões que conflitassem com postura mais humana e necessária ao cuidar.

Na situação real as atividades são fragmentadas, há uma distância do cliente por parte da equipe, cumpre-se a escala de trabalho, há pouca disponibilidade, falta de diálogo; o corpo é instrumento de trabalho; há pouca orientação do cliente e a percepção deste é situacional e os



cuidados conduzidos por roteiros e normas rígidos. O desejado propõe um cuidado integral, maior aproximação do corpo, enfim o prazer em cuidar, maior disponibilidade, maior comunicação. O preconizado por Polak (1997) exige um profissional consciente com percepção mais abrangente do cliente e de suas finalidades, de forma que aprendesse o significado do poder-saber institucional que permeia o seu saber-fazer.

A proposta foi um desafio assumido por nós com a confiança daqueles que acreditam que é possível modificar o presente, e na certeza de um futuro mais digno e humano.

Foi assim que vivemos 6 meses da nossa existência, indo todas as manhãs, de segunda a sábado, visitar, discutir, prescrever e cuidar em parceria com os clientes; essa vivência será compartilhada agora com o leitor, com o fito de divulgarmos a proposta de cuidar e de ajudar aos interessados na temática a trilharem com mais segurança seu mundo-vida.

### O COMPARTILHAR DA TRAJETÓRIA

A proposta de trabalho coteja o explicitado neste estudo, ou seja, cuidar de corpo adulto isolado com problemas ortopédicos, conforme a concepção de cuidar e os momentos propostos no processo de cuidado que são **a Percepção, a Descoberta, Construção conjunta das ações de cuidado e a Implementação delas.**

A percepção é o primeiro momento desse processo, quando se forma a imagem, que adquire um nível mais profundo, mediante apreensão daquilo que nos torna vivos. Ela permite compreender que toda ação possui *sentido* e *interação* que não constitui ato mecânico, mas preenhe de símbolos e de significados. A percepção me permite, enquanto corpo, perceber e ser percebido, permite desnudar o outro e ser também por ele desnudado, ela favorece articulação da essência e da existência, porque é o nosso acesso ao outro e ao mundo; se dá quando enfermeiro e cliente se encontram nas situações de cuidar.

A percepção funde tudo, porque nos comunica uma relação obsessiva com o ser, que está presente para nós e, todavia, nos atinge interiormente. Assim estamos na consciência íntima do que existe ou do dever qualquer que ele seja.

Estamos nas coisas, tudo o que há são variações humorísticas de nós próprios, todos os seres constituem o simbólico de nossa vida, é ela que neles temos. O percebido por sua vez se expressa no *segundo momento*, o da descoberta, quando linguagem válida, reforça ou corrige a leitura, a descodificação das mensagens emanadas pelo corpo cuidado e pelo cuidador.

Para Merlau-Ponty (1992) o que fala na palavra é a coisa, o mundo, o ser. Desta forma é mediante a linguagem ou a fala que a relação cliente-enfermeira se estabelece, não desconsiderando-se a linguagem gestual, os silêncios e o olhar.

Ressalte-se ser difícil para o cliente e para os familiares, expressarem as suas percepções, por isso muitas vezes os diálogos são pobres e ricos em repetições. Essa dificuldade para Rasia (1996), muitas vezes resulta da angústia, da ansiedade, que aumentam o sofrimento, enfatizando ser impossível isolar o sofrimento oriundo da patologia em si, do experimentado pelo cliente de ser portador de uma doença grave, e ter de submeter-se a tratamentos invasivos, dolorosos, que algumas vezes acarretam alterações da auto-imagem, da auto-estima e produzem dependência farmacodinâmica ou de equipamentos, acarretando muitas vezes dependência de

ordem física. O diálogo aproxima e permite que o mundo destes corpos se funda temporariamente, ao se articular o saber acadêmico e o senso comum: ambos expressam valores, crenças, expectativas em vista o *terceiro momento* o de *construção conjunta das ações de cuidado*; discutiam-se as necessidades explicitadas pelo cliente e juntos construímos estratégias de cuidado que, após serem assimiladas pelo corpo enfermo, eram partilhadas com a equipe de enfermagem.

Segundo Polak (1996) a enfermeira e o cliente, enquanto corporeidades, precisam ser vistos na união do ser e da ação, no compartilhar da realidade concreta, no desenvolvimento conjunto das ações de cuidado, quer seja nas unidades de saúde, quer no contexto hospitalar de baixo, médio e alto risco (unidades críticas), quer nas fábricas, comunidades ou salas de aula. É nesse fazer que a enfermeira e o cliente selecionam conteúdos, mostram-se e expressam a sua afetividade; é neste cenário, mediado pela realidade social, que enfermeira e cliente compartilham o conhecimento base de cuidar.

Esta nova situação exige aprendizagem, é neste momento que se inicia a terceira fase do processo de cuidar, é a fase que procede ao diálogo, a fase de descoberta do outro, quando enfermeira e cliente se mostram projetam-se em direção ao outro (Polak, 1996). Este para a autora é momento de aprendizagem, quando se associa o saber acadêmico da enfermeira com conhecimento do senso comum do cliente, mediante a reconstrução, da reconstituição e construção do conhecimento, cerne do cuidado. Reconstituir, reconstruir e rearmonizar o cliente, como corpo vivente, pressupõe ajudá-lo a superar o momento especial da sua existência, no escopo de sintonizar-se com a sua realidade, para conhecer a sua situação atual de saúde, os recursos necessários para trilhar conscientemente o caminho da recuperação ou terminalidade. Após ciência do quê, do porquê das ações, partia-se para o quarto momento, ou seja, para a implementação delas.

A avaliação desta modalidade de cuidar é efetuada em cada etapa; o resultado do processo é evidenciado pelo grau de satisfação do cliente e da equipe.

Ao perceber a dimensão humana, contida naquele recorte (na unidade de isolamento). Fez-se necessário modificar a abordagem do cliente, a valorização dos seus gestos, da fala, o conhecimento da sua dor. Esforços foram envidados no sentido de quebrar a frieza, a distância, a rigidez das rotinas impostas, de forma que o Hospital readquirisse o simbolismo que acompanha os rituais de cura e do cuidado existentes no imaginário de cada um.

*"Aqui é um bom lugar, é assim que desejo ver tudo, para não sofrer mais" ( Adão ).*

*"Acho que todo o mundo se interessa por mim, o corre-corre, a distância são necessário, não são?" ( Pedro ).*

Outro aspecto que chamou a atenção com respeito ao corpo enfermo, confinado nas unidade de isolamento, foi a solidão e a falta de informações, pois ele necessita que lhe expliquem o motivo dos parâmetros, dos rituais assépticos que o separam dos demais e de maior contato familiar, conforme as suas falas.

*"Necessitava conhecer mais o meu problema. Sinto falta de minha esposa e dos meus filhos" ( João ).*



*"Não sei por que vocês usam estas roupas, ficam tão distantes de nós. Elas são mesmo necessárias? Até minha esposa passou a ter medo de mim" (Antônio).*

Ao cuidar do sr. Pedro, hospitalizado há 6 meses e que estava sendo submetido a cirurgias quase que quinzenais em virtude dos focos infecciosos, presente, em seus membros inferiores, pode-se ouvi-lo quase que diariamente reclamar que:

*É difícil ficar aqui, preso ao leito, e estar entre quatro paredes, só, ninguém para conversar: entram aqui, me dão banho, fazem meus curativos; se pergunto respondem, senão mexem aqui e ali e saem ... No início tentei saber o que faziam e o por que faziam; agora não ligo mais, ainda bem que minha esposa vem aqui".*

Esse depoimento mostra a dor da solidão, do descaso, da indiferença por parte da equipe. Ao ouvir esse depoimento, procurou-se estar sempre presente com o sr. Pedro, que se mostrava de início retraído, fechado em seu mundo, mas que, ao demonstrar interesse pelas ações de cuidado que eram desenvolvidas, ele foi, gradativamente se abrindo e se comunicando melhor com todos.

Outro aspecto que merece destaque e que leva a acreditar ser possível a viabilização deste projeto nas unidades de isolamento, é a receptividade da equipe de enfermagem, eles são abertos e curiosos por aprenderem, o que precisa é a introdução de programas de educação continuada que aliem a técnica à sensibilidade.

Sentiu-se também, que a equipe como um todo não está contente com o seu fazer, com o espaço físico que dispõe para implementação das suas práticas, o que também foi sentido por parte dos clientes. Estes ao conviverem e compartilharem do mesmo espaço físico pela falta de estrutura sente-se invadido em sua privacidade.

A falta de estrutura física precisa ser vista, pois não é agradável *"comer enquanto o outro evacua; dormir enquanto o outro geme; acordar em virtude do vômito ou do atendimento ao outro"* (Adão). O tempo de visita e as condutas de enfermagem também precisam ser revistos, pois no isolamento as necessidades de presença são maiores que nas demais unidades de internação.

## ENCERRANDO A CAMINHADA

Após 180 dias convivendo ao lado do corpo enfermo, isolado na Unidade de Isolamento na Clínica Ortopédica, tendo como norte a concepção de cuidar de Polak (1997) - que trás nova perspectiva para a enfermagem porquanto depende no agir humanizado, maior flexibilização das rotinas, das normas que padronizam o viver no contexto da hospitalização, na qual a identidade do cliente e o seu espaço são pouco ou até mesmo desconhecidas.

A caminhada nos permite reiterar que é preciso romper com o preconceito, com o tabu do corpo desenvolver uma prática centrada no humano, e na ética, uma prática não excludente, mas que una a tecnologia ao sensível tão em falta no cenário das unidades de internação e que tomam maior dimensão nas Unidades de isolamento.

**ABSTRACT:** The present study constitutes the development of caring practices of adult inmates at the Orthopedics Isolation Unit effected according Polak's caring conception

(1997) regarding outlined caring strategies. Sude practices objectified to turn the subdued body into subject. The caring process was carried out according to the steps indicated by Polak (1996) as follows: perception, discovery, mutual building and implementation of care actions. It reiterates the importance of this approach for the cared body as much as for the caregiver. It enables reflection on the mechanical and dichotomous nursing acting, pointing to the necessity of urgent changes in the teaching and caring practices.

**KEY WORDS:** Body; Adult; Isolation; Care.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOLTANSKI, Luc. **Los usos sociales del cuerpo**. Centre de Sociologie Européen s.d. mimeografado
2. GUEDES, Claudio M. O corpo desvelado In: MOREIRA, Wagner. **O corpo presente**. Campinas, SP: Papius, 1995.
3. Merleau-Ponty, Maurice. **Elogio da Filosofia**, 4ª ed. Lisboa: Guimaráes Editores, 1993
4. POLAK, Ymiracy Nascimento de Souza, **Socialidade da Doença multidões de corpos e corporeidades solitárias**. Tese Titular Universidade Federal do Paraná, 1997.
5. \_\_\_\_\_. **Corporeidade como resgate do humano na Enfermagem**. Pelotas: Ed. da Universidade de Pelotas, 1997.
6. PITTA, Ana Maria. **O doente, seu cuidador e as organizações de saúde: elos de uma cadeia possível?** documento preparado para representação do Brasil da OPS/OMS.
7. RASIA, José M. **Hospitalização: dimensão de dor e sofrimento**. Tese Titular. Universidade Federal do Paraná. 1996.
8. VAZ, Henrique C. **Antropologia Filosófica**. São Paulo: Loyola, 1991

Endereço do autor:  
Rua Padre Camargo, 280 - Térreo - Alto da Glória  
80060-240 - Curitiba - PR  
Telefone: 041-264-2011 R. 35